



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 1931**

24 Δεκεμβρίου 2003

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/24830

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 "Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις" ΦΕΚ 102/Α΄/ 1.5.2002.

2. Τις διατάξεις της παραγράφου 13 του άρθρου 25 του Ν. 2539/97 "Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης" (ΦΕΚ 244/Α΄/4.12.1997).

3. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 "Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις" ΦΕΚ 75/Α΄/11.6.1986.

4. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 "Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις" ΦΕΚ 45/Α΄/9.3.1999.

5. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 "Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α΄/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α΄/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 39/Α΄/1997).

6. Την ΔΙΑΔΠ/Α1/18368/1.10.2002/Φ.Ε.Κ.1276Β΄ απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Διοίκησης και Αποκέντρωσης "Καθορισμός του τύπου της Υπεύθυνης Δήλωσης του άρθρου 8 του Ν. 1599/86(ΦΕΚ 75)".

7. Την ανάγκη απλούστευσης των διοικητικών διαδικασιών και γενικότερα βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

8. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

1. Το πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή πιστοποιητικό γέννησης το οποίο απαιτείται για την χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού, καταργείται.

Η ληξιαρχική πράξη γέννησης η οποία απαιτείται για την έκδοση βιβλιαρίων νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/διαζευγμένη/ος εντός ενός έτους από την ημερομηνία του διαζευκτηρίου, καταργείται.

2. Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του Ν. 3013/ 2002 διαδικασία:

Α. Θέματα αρμοδιότητας Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Χορήγηση Βεβαίωσης Elisa στους μικροβιολόγους
2. Άδεια ίδρυσης διαγνωστικών εργαστηρίων βιολογικών υλικών (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής)
3. Έκδοση άδειας λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή κοινού ιατρείου ή συστέγασης ιατρείων (χωρίς εταιρική σχέση)
4. Μεταστέγαση Οδοντιατρείου
5. Άδεια λειτουργίας διαγνωστικών εργαστηρίων βιολογικών υλικών (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής)
6. Άδεια λειτουργίας Οδοντιατρείου ιδιωτικού ή κοινού ή συστεγασμένου (χωρίς εταιρική σχέση)
7. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας καταστήματος Οπτικών Ειδών
8. Άδεια λειτουργίας ιδιωτικού πολυιατρείου και πολυοδοντιατρείου
9. Άδεια ίδρυσης ιδιωτικού πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου
10. Έκδοση άδειας λειτουργίας τμημάτων Φακών Επαφής
11. Άδεια λειτουργίας οδοντοτεχνικού εργαστηρίου
12. Έκδοση άδειας λειτουργίας εργαστηρίου αισθητικής

Β. Θέματα αρμοδιότητας Διεύθυνσης Υγιεινής Περιβάλλοντος

1. Βεβαιώσεις καλής λειτουργίας αποχετευτικού συστήματος ξενοδοχείων και ενοικιαζόμενων διαμερισμάτων για τον ΕΟΤ
2. Έγκριση μελέτης επεξεργασίας και διάθεσης υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη
3. Χορήγηση προσωρινής άδειας επεξεργασίας και διάθεσης υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη
4. Χορήγηση οριστικής άδειας επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων - αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη

5. Βεβαίωση μη παραγωγής υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη

Γ. Θέματα αρμοδιότητας Διεύθυνσης Υγειονομικής Περίθαλψης

1. Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Παιδιά/Ανήλικα αγόρια ή ανύπαντρα και άνεργα κορίτσια

2. Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Διαζευγμένη/ος εντός ενός έτους από την ημερομηνία του διαζευκτηρίου

3. Έκδοση βιβλιαρίων νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Εν ενεργεία υπαλλήλου

4. Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Σύζυγος

5. Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Συνταξιούχος με αναστολή

6. Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Χήρα/ος

7. Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Ανύπαντρα ενήλικα παιδιά που σπουδάζουν

8. Έκδοση βιβλιαρίου Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/Συνταξιούχος

Δ. Θέματα αρμοδιότητας Διεύθυνσης Προστασίας ΑΜΕΑ

1. Επίδομα τετραπληγίας - παραπληγίας σε ασφαλισμένους του Δημοσίου και ανασφάλιστους

Ε. Θέματα αρμοδιότητας Διεύθυνσης Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας

1. Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλη αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 4 Δεκεμβρίου 2003

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΩΣΤΑΣ ΣΚΑΝΔΑΛΙΔΗΣ	**ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Βεβαίωσης Elisa στους μικροβιολόγους».

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία του τιμολογίου αγοράς του μηχανήματος	_	_	
2. Βεβαίωση του προμηθευτού ότι το συγκεκριμένο μηχάνημα κάνει εξετάσεις με την μέθοδο ELISA			
3. Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του προσπέκτους του μηχανήματος			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………….
_ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………….
_ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση Βεβαίωσης Elisa στους μικροβιολόγους**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία του τιμολογίου αγοράς του μηχανήματος	□	□	
2. Βεβαίωση του προμηθευτού ότι το συγκεκριμένο μηχάνημα κάνει εξετάσεις με την μέθοδο ELISA	□	□	
3. Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του προσπέκτους του μηχανήματος	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής».

ΠΡΟΣ:	*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.ο.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος των ιατρών (οδοντιάτρων) εταίρων, των επιστημονικά υπευθύνων και των λοιπών επαγγελμάτων υγείας.	□	□	
2. Τίτλος ειδικότητας των εταίρων ιατρών και επιστημονικά υπευθύνων.	□	□	
3. Βεβαίωση Συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης αντίστοιχης ειδικότητας.		□	□
4. Καταστατικό της εταιρείας.	□	□	
5. Βεβαίωση του οικείου ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου περί έγκρισης και εγγραφής της εταιρείας στα μητρώα του . #		□	
6. Θεωρημένο συμφωνητικό λειτουργίας μαζί με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ.		□	
7. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου κλίμακας 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό, ο οποίος πιστοποιεί ότι τηρούνται οι προδιαγραφές όπως ορίζονται στα παραρτήματα Α,Β.	□	□	
8. Κατάλογος όλων των μηχανημάτων που απαρτίζουν τον επιστημονικό εξοπλισμό της Μονάδας.	□	□	
9. Μελέτη από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο μηχανικό από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για την χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.		□	
10. Προσκόμιση της άδειας σκοπιμότητας εφόσον χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας.	□	□	
11. Παράβολο14.67 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).		□	
12. Απόσπασμα ποινικού μητρώου.	□	□	□
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)*.		□	
12. Ανάκληση πιθανής παλαιότερης άδειας.		□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Το περιεχόμενο της Υπεύθυνης δήλωσης είναι το εξής « Δεν είμαι δικαιούχος άλλης άδειας λειτουργίας φορέα Π.Φ.Υ. σε οποιοδήποτε άλλο νομό της χώρας, δεν κατέχω οργανική θέση στο ΕΣΥ ή σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και δεν είμαι Πανεπιστημιακός».**
Εάν ο ιατρικός ή οδοντιατρικός Σύλλογος δεν απαντήσει μέσα σε 60 ημέρες από την υποβολή της αίτησης, αρκεί η προσκόμιση κυρωμένου αντιγράφου της αίτησης, μαζί με την απόδειξη ημερομηνίας κατάθεσης.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: 14.67€

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	**ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ**	**ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ**	**ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)**
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος των ιατρών (οδοντιάτρων) εταίρων, των επιστημονικά υπευθύνων και των λοιπών επαγγελμάτων υγείας.			
2. Τίτλος ειδικότητας των εταίρων ιατρών και επιστημονικά υπευθύνων.	□	□	
3. Βεβαίωση Συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης αντίστοιχης ειδικότητας.			□
4. Καταστατικό της εταιρείας.	□	□	
5. Βεβαίωση του οικείου ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου περί έγκρισης και εγγραφής της εταιρείας στα μητρώα του . #			
6. Θεωρημένο συμφωνητικό λειτουργίας μαζί με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ.			
7. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου κλίμακας 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό, ο οποίος πιστοποιεί ότι τηρούνται οι προδιαγραφές όπως ορίζονται στα παραρτήματα Α,Β.			
8. Κατάλογος όλων των μηχανημάτων που απαρτίζουν τον επιστημονικό εξοπλισμό της Μονάδας.	□	□	
9. Μελέτη από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο μηχανικό από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για την χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.			
10. Προσκόμιση της άδειας σκοπιμότητας εφόσον χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας.	□	□	
11. Παράβολο14.67 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).			
12. Απόσπασμα ποινικού μητρώου.	□	□	□
13. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)*.			
12. Ανάκληση πιθανής παλαιότερης άδειας.			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 14.67€

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση άδειας λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή κοινού ιατρείου ή συστέγασης ιατρείων (χωρίς εταιρική σχέση)».

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος	□	□	
2. Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας σχετικής με το αντικείμενο του αιτήματος.		□	□
3. Βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας ανάλογα με το αντικείμενο της αίτησης από τον οικείο ιατρικό σύλλογο		□	□
4. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης δωρεάν ή με αντάλλαγμα ακινήτου που θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο. *	□	□	
6. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου σε κλίμακα 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό. **	□	□	
7. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επισήμων αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού		□	
8. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό		□	
9. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 146, 50 ευρώ		□	
10. Έγγραφο αρμοδίας πολεοδομίας ότι οι χώροι οι προβλεπόμενοι στο επισυναπτόμενο παράρτημα είναι χώροι κυρίας χρήσης και μπορεί να λειτουργήσει ως ιατρείο	□	□	
11. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου	□	□	□
12. Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ***	□	□	
13. Σφραγίδα του ιατρού με όλα τα στοιχεία του ιατρείου		□	
14. Σύμφωνη γνώμη του Συλλόγου (για τις περιπτώσεις του κοινού ιατρείου).		□	
15. Συμφωνητικό λειτουργίας ή καταστατικό για τον έλεγχο των οικονομικών όρων της συνεργασίας και της τήρησης της ιατρικής δεοντολογίας, θεωρημένο από τα μητρώα του ιατρικού συλλόγου (για τις περιπτώσεις του κοινού ιατρείου).#			
16. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής			□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού, από τον οποίο να προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η εγκατάσταση ιατρείου.
** Ο διπλωματούχος μηχανικός πιστοποιεί ότι τηρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α΄του ΠΔ 84/01
*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 θα δηλώνεται ότι ο αιτών :
«α) δεν διατηρεί άλλο ιατρείο στην ίδια ή σε άλλη Νομαρχία
β) ότι το ιατρείο είναι προσωπικό (για τα λειτουργούντα ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας του)
γ) ότι ο γιατρός δεν εργάζεται στο ΕΣΥ, δεν είναι πανεπιστημιακός ή δεν κατέχει οργανική θέση σε υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών
δ) ότι δεν χρησιμοποιεί ιοντίζουσες ακτινοβολίες
ε) σε περίπτωση κοινής άδειας να συμπληρώνονται στην υπεύθυνη δήλωση οι χρόνοι υποδοχής εκάστου ιατρού»
**** Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με ξεχωριστές άδειες δύο ή περισσοτέρων ιατρών της αυτής ή διαφορετικής ειδικότητας, επιτρέπεται μόνο με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των διατεθειμένων χώρων κυρίας χρήσης επαρκεί για τη χορήγηση ξεχωριστών αδειών λειτουργίας, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του παραρτήματος Α.
Εάν ο Ιατρικός Σύλλογος δεν απαντήσει μέσα σε προθεσμία 60 ημερών τεκμαίρεται η έγκρισή του και αρκεί η προσκόμιση κυρωμένου αντιγράφου της αίτησης μαζί με την απόδειξη της ημερομηνίας κατάθεσής της.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

❑ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………
❑ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
❑ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………
❑ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
❑ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.50€

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση άδειας λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή κοινού ιατρείου ή συστέγασης ιατρείων (χωρίς εταιρική σχέση)**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος	–	–	
2. Αντίγραφο τίτλου ειδικότητας σχετικής με τα αντικείμενα του αιτήματος.			I
3. Βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας ανάλογα με το αντικείμενο της αίτησης από τον οικείο ιατρικό σύλλογο			I
4. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης δωρεάν ή με αντάλλαγμα ακινήτου που θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο. *			
6. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου σε κλίμακα 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό. **			
7. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επισήμων αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού			
8. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό εξοπλισμό			
9. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 146, 50 ευρώ			
10. Έγγραφο αρμοδίας πολεοδομίας ότι οι χώροι οι προβλεπόμενοι στο επισυναπτόμενο παράρτημα είναι χώροι κυρίας χρήσης και μπορεί να λειτουργήσει ως ιατρείο	–	–	
11. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου			I
12. Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ***			
13. Σφραγίδα του ιατρού με όλα τα στοιχεία του ιατρείου	–	–	
14. Σύμφωνη γνώμη του Συλλόγου (για τις περιπτώσεις του κοινού ιατρείου).	–	–	
15. Συμφωνητικό λειτουργίας ή καταστατικό για τον έλεγχο των οικονομικών όρων της συνεργασίας και της τήρησης της ιατρικής δεοντολογίας, θεωρημένο από τα μητρώα του ιατρικού συλλόγου (για τις περιπτώσεις του κοινού ιατρείου).#			
16. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής			I

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.50€

ΤΡΟΠΟΣ **ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ** ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Μεταστέγαση Οδοντιατρείου».

ΠΡΟΣ:	*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόφαση ανάκλησης παλαιάς άδειας λειτουργίας οδοντιατρείου	□	□	□
2. Όλα τα δικαιολογητικά για την αρχική έκδοση άδειας λειτουργίας οδοντιατρείου :	□	□	
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος	□	□	
2. Αντίγραφο Πτυχίου Οδοντιάτρου	□	□	□
3. Βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας ανάλογα με το αντικείμενο της αίτησης από τον οικείο Οδοντιατρικό Σύλλογο	□	□	□
4. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης δωρεάν ή με αντάλλαγμα ακινήτου που θα στεγάζεται το εν λόγω οδοντιατρείο.*		□	
5. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου σε κλίμακα 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό.**		□	
6. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επίσημων αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού		□	
7. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό	□	□	
8. Παραβόλου Δ.Ο.Υ. 146, 74 ευρώ υπέρ του Δημοσίου (Διατίθεται από την υπηρεσία)		□	
9. Έγγραφο αρμόδιας πολεοδομίας ότι οι χώροι οι προβλεπόμενοι στο επισυναπτόμενο παράρτημα είναι χώροι κύριας χρήσης και μπορεί να λειτουργήσει ως οδοντιατρείο		□	□
10. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου	□	□	□
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ***		□	
12. Σφραγίδα του οδοντιάτρου με όλα τα στοιχεία του οδοντιατρείου	□	□	
13. Άδεια λειτουργίας (εκδίδεται από τη Δ/νση Υγείας, αφού έχει εκδοθεί πιστοποιητικό καταλληλότητας από τις Ε.Ε.Α.Ε #), για τα κοινά ακτινολογικά μηχανήματα.	□	□	
14. Βεβαίωση της πυροσβεστικής		□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

1. Στις περιπτώσεις του κοινού οδοντιατρείου, το θεωρημένο από τα μητρώα του οδοντιατρικού συλλόγου συμφωνητικό λειτουργίας ή καταστατικό για τον έλεγχο των οικονομικών όρων της συνεργασίας και της τήρησης της ιατρικής δεοντολογίας. Εάν ο οδοντιατρικός σύλλογος δεν απαντήσει μέσα σε προθεσμία 60 ημερών τεκμαίρεται η έγκρισή του και αρκεί η προσκόμιση κυρωμένου αντιγράφου της αίτησης μαζί με την απόδειξη της ημερομηνίας κατάθεσής της. Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με ξεχωριστές άδειες δύο ή περισσοτέρων οδοντιάτρων της αυτής ή διαφορετικής ειδικότητας, επιτρέπεται μόνο με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των διατεθειμένων χώρων κύριας χρήσης επαρκεί για την χορήγηση ξεχωριστών αδειών λειτουργίας, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του παραρτήματος Α΄.

* Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού από τον οποίο να προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η εγκατάσταση ιατρείου.

** Ο μηχανικός πιστοποιεί ότι τηρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α και Β.

*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 δηλώνεται ότι ο αιτών :
« α) δεν διατηρεί άλλο οδοντιατρείο στην ίδια ή σε άλλη Νομαρχία
β) ότι το οδοντιατρείο είναι προσωπικό (για τα ήδη λειτουργούντα ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας του)
γ) ότι ο οδοντίατρος δεν εργάζεται στο ΕΣΥ, δεν είναι πανεπιστημιακός και δεν κατέχει οργανική θέση σε υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών
δ) σε περίπτωση κοινής άδειας να συμπληρώνονται στην υπεύθυνη δήλωση οι χρόνοι υποδοχής ασθενών εκάστου οδοντιάτρου ».

\# Για την έκδοση του πιστοποιητικού καταλληλότητας απαιτείται παράβολο 150 ευρώ προς Ε.Ε.Α.Ε.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………. □ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας □ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………… □ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας □ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.74€

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά. ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Μεταστέγαση Οδοντιατρείου**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Απόφαση ανάκλησης παλαιάς άδειας λειτουργίας οδοντιατρείου	⊔	L	_
2. Όλα τα δικαιολογητικά για την αρχική έκδοση άδειας λειτουργίας οδοντιατρείου :	⊔	I	
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος	I I	I	
2. Αντίγραφο Πτυχίου Οδοντιάτρου	I I	I	
3. Βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας ανάλογα με το αντικείμενο της αίτησης από τον οικείο Οδοντιατρικό Σύλλογο	Π	Γ	_
4. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης δωρεάν ή με αντάλλαγμα ακινήτου που θα στεγάζεται το εν λόγω οδοντιατρείο.*	⊔	L	
5. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου σε κλίμακα 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό.**	Π	Γ	
6. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επίσημων αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού	□	⊏	
7. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό	Π	Γ	
8. Παραβόλου Δ.Ο.Υ. 146, 74 ευρώ υπέρ του Δημοσίου (Διατίθεται από την υπηρεσία)	I I	I	
9. Έγγραφο αρμόδιας πολεοδομίας ότι οι χώροι οι προβλεπόμενοι στο επισυναπτόμενο παράρτημα είναι χώροι κύριας χρήσης και μπορεί να λειτουργήσει ως οδοντιατρείο	I I	I	
10. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου	⊔	L	_
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ***	⊔	L	
12. Σφραγίδα του οδοντιάτρου με όλα τα στοιχεία του	Π	Γ	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

οδοντιατρείου			
13. Άδεια λειτουργίας (εκδίδεται από τη Δ/νση Υγείας, αφού έχει εκδοθεί πιστοποιητικό καταλληλότητας από τις Ε.Ε.Α.Ε #), για τα κοινά ακτινολογικά μηχανήματα.	□	□	
14. Βεβαίωση της πυροσβεστικής	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.74€

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής».

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ίδρυσης.	☐	☐	
2. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης. Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού.	☐	☐	
3. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή διαρκούς κατοχής του εξοπλισμού.	☐		
4. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό.	☐	☐	
5. Προσκόμιση ειδικής άδειας λειτουργίας των μηχανημάτων ιοντίζουσας ακτινοβολίας (για τα ανάλογα εργαστήρια) και άδεια σκοπιμότητας (εφόσον χρειάζεται).	☐		
6. Ονομαστική κατάσταση προσωπικού	☐		
7. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *.	☐	☐	
8. Ονομαστική κατάσταση των μετόχων που κατέχουν το 100% του μετοχικού κεφαλαίου και ξεχωριστή κατάσταση των ειδικευμένων ιατρών που η συμμετοχή τους υπολογίζεται στο 51% του μετοχικού κεφαλαίου (Σε περίπτωση Α.Ε.)	☐		
9. Ονομαστική κατάσταση των ειδικευμένων ιατρών που η συμμετοχή τους υπολογίζεται στο 51% του μετοχικού κεφαλαίου (Σε περίπτωση Α.Ε.)	☐	☐	
10. Παράβολο 146.74 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).	☐		
11. Υπεύθυνη δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)**.	☐	☐	
12. Βεβαίωση της πυροσβεστικής.	☐		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 δηλώνεται ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός 15 ημερών.**
**** Το περιεχόμενο της Υπεύθυνης δήλωσης θα είναι το εξής : «Σε περίπτωση διακίνησης δειγμάτων αίματος εκτός των εγκαταστάσεων του εργαστηρίου μου για διενέργεια αναλύσεων από εργαστήρια τρίτων προσώπων για εξειδικευμένες ή δαπανηρές εξετάσεις, θα υποβάλλω στην υπηρεσία σας έγγραφη αίτηση με κατάλογο των παραπάνω εξετάσεων για τη λήψη ειδικής άδειας διακίνησης».**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ (Ειδικότητας βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογοανατομικής**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ίδρυσης.	☐	☐	
2. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης. Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού.	☐	☐	
3. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή διαρκούς κατοχής του εξοπλισμού.	☐	☐	
4. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό.	☐	☐	
5. Προσκόμιση ειδικής άδειας λειτουργίας των μηχανημάτων ιοντίζουσας ακτιναβολίας (για τα ανάλογα εργαστήρια) και άδεια σκοπιμότητας (εφόσον χρειάζεται).	☐	☐	
6. Ονομαστική κατάσταση προσωπικού	☐	☐	
7. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *.	☐	☐	
8. Ονομαστική κατάσταση των μετόχων που κατέχουν το 100% του μετοχικού κεφαλαίου και ξεχωριστή κατάσταση των ειδικευμένων ιατρών που η συμμετοχή τους υπολογίζεται στο 51% του μετοχικού κεφαλαίου (Σε περίπτωση Α.Ε.)	☐	☐	
9. Ονομαστική κατάσταση των ειδικευμένων ιατρών που η συμμετοχή τους υπολογίζεται στο 51% του μετοχικού κεφαλαίου (Σε περίπτωση Α.Ε.)	☐	☐	
10. Παράβολο 146.74 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).	☐	☐	
11. Υπεύθυνη δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)**.	☐	☐	
12. Βεβαίωση της πυροσβεστικής.	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Άδεια λειτουργίας Οδοντιατρείου ιδιωτικού ή κοινού ή συστεγασμένου (χωρίς εταιρική σχέση)»

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος	☐	☐	
2. Αντίγραφο Πτυχίου Οδοντιάτρου	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας ανάλογα με το αντικείμενο της αίτησης από τον οικείο Οδοντιατρικό Σύλλογο	☐	☐	☐
4. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης δωρεάν ή με αντάλλαγμα ακινήτου που θα στεγάζεται το εν λόγω οδοντιατρείο.*	☐	☐	
5. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου σε κλίμακα 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό.**	☐	☐	
6. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επίσημων αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού	☐	☐	
7. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό	☐	☐	
8. Παραβόλου Δ.Ο.Υ. 146. 74 € υπέρ του Δημοσίου (Διατίθεται από την υπηρεσία)	☐	☐	
9. Έγγραφο αρμόδιας πολεοδομίας ότι οι χώροι οι προβλεπόμενοι στο επισυναπτόμενο παράρτημα είναι χώροι κύριας χρήσης και μπορεί να λειτουργήσει ως οδοντιατρείο	☐	☐	☐
10. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου	☐	☐	☐
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ***	☐	☐	
12. Σφραγίδα του οδοντιάτρου με όλα τα στοιχεία του οδοντιατρείου	☐	☐	
13. Άδεια λειτουργίας (εκδίδεται από τη Δ/νση Υγείας, αφού έχει εκδοθεί πιστοποιητικό καταλληλότητας από τις Ε.Ε.Α.Ε #), για τα κοινά ακτινολογικά μηχανήματα.	☐	☐	
14. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
1. Στις περιπτώσεις του κοινού οδοντιατρείου, το θεωρημένο από τα μητρώα του οδοντιατρικού συλλόγου συμφωνητικό λειτουργίας ή καταστατικό για τον έλεγχο των οικονομικών όρων της συνεργασίας και της τήρησης της ιατρικής δεοντολογίας. Εάν ο οδοντιατρικός σύλλογος δεν απαντήσει μέσα σε προθεσμία 60 ημερών τεκμαίρεται η έγκρισή του και αρκεί η προσκόμιση κυρωμένου αντιγράφου της αίτησης μαζί με την απόδειξη της ημερομηνίας κατάθεσής της. Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με ξεχωριστές άδειες δύο ή περισσοτέρων οδοντιάτρων της αυτής ή διαφορετικής ειδικότητας, επιτρέπεται μόνο με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των διατεθειμένων χώρων κύριας χρήσης επαρκεί για την χορήγηση ξεχωριστών αδειών λειτουργίας, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του παραρτήματος Α΄.

*** Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού από τον οποίο να προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η εγκατάσταση ιατρείου.**
**** Ο μηχανικός πιστοποιεί ότι τηρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α και Β.**
***** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 δηλώνεται ότι ο αιτών :**
« α) δεν διατηρεί άλλο οδοντιατρείο στην ίδια ή σε άλλη Νομαρχία
β) ότι το οδοντιατρείο είναι προσωπικό (για τα ήδη λειτουργούντα ημερομηνία έναρξης της λειτουργίας του)
γ) ότι ο οδοντίατρος δεν εργάζεται στο ΕΣΥ, δεν είναι πανεπιστημιακός και δεν κατέχει οργανική θέση σε υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών
δ) σε περίπτωση κοινής άδειας να συμπληρώνονται στην υπεύθυνη δήλωση οι χρόνοι υποδοχής ασθενών εκάστου οδοντιάτρου
Για την έκδοση του πιστοποιητικού καταλληλότητας απαιτείται παράβολο 150 ευρώ προς Ε.Ε.Α.Ε.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………   □ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας   □ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………   □ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας   □ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146, 74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Άδεια λειτουργίας Οδοντιατρείου ιδιωτικού ή κοινού ή συστεγασμένου (χωρίς εταιρική σχέση)**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος	☐	☐	
2. Αντίγραφο Πτυχίου Οδοντιάτρου	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση εγγραφής και άσκησης ειδικότητας ανάλογα με το αντικείμενο της αίτησης από τον οικείο Οδοντιατρικό Σύλλογο	☐	☐	☐
4. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης δωρεάν ή με αντάλλαγμα ακινήτου που θα στεγάζεται το εν λόγω οδοντιατρείο.*	☐	☐	
5. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου σε κλίμακα 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό.**	☐	☐	
6. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή επίσημων αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή της διαρκούς κατοχής ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού	☐	☐	
7. Πιστοποιητικά σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό	☐	☐	
8. Παραβόλου Δ.Ο.Υ. 146. 74 € υπέρ του Δημοσίου (Διατίθεται από την υπηρεσία)	☐	☐	
9. Έγγραφο αρμόδιας πολεοδομίας ότι οι χώροι οι προβλεπόμενοι στο επισυναπτόμενο παράρτημα είναι χώροι κύριας χρήσης και μπορεί να λειτουργήσει ως οδοντιατρείο	☐	☐	☐
10. Πιστοποιητικό Ποινικού Μητρώου	☐	☐	☐
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ***	☐	☐	
12. Σφραγίδα του οδοντιάτρου με όλα τα στοιχεία του οδοντιατρείου	☐	☐	
13. Άδεια λειτουργίας (εκδίδεται από τη Δ/νση Υγείας, αφού έχει εκδοθεί πιστοποιητικό καταλληλότητας από τις Ε.Ε.Α.Ε #), για τα κοινά ακτινολογικά μηχανήματα.	☐	☐	
14. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής	☐	☐	☐

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: . 146, 74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Άδεια Ίδρυσης και Λειτουργίας Καταστήματος Οπτικών Ειδών».

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

- **Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο Πτυχίου ή τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού	□	□	
2. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος οπτικού	□	□	□
3. Σχεδιάγραμμα του οπτικού καταστήματος από μηχανικό ή υπομηχανικό	□	□	
5. Κατάλογο των μηχανημάτων, εργαλείων και οργάνων	□	□	
6. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 38, 15 € (Διατίθεται από την υπηρεσία)	□	□	
7. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο).*	□	□	
8. Δύο φωτογραφίες	□	□	
9. Σε περίπτωση που για την εκμετάλλευση του καταστήματος έχει συσταθεί εταιρεία (άρθρο 27 του Ν. 2646/1998) ζητείται αντίγραφο του καταστατικού	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

- **Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 ο ενδιαφερόμενος θα δηλώσει ότι δεν έχει άλλο οπτικό κατάστημα και ότι δεν εργάζεται αλλού παρά μόνο στο κατάστημα για το οποίο ζητεί άδεια λειτουργίας .**
- **Σύμφωνα με το άρθρο 27 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236/Α/1998) επιτρέπεται η σύσταση ομόρρυθμης ή ετερόρρυθμης εταιρείας μεταξύ αδειούχων οπτικών, με την προϋπόθεση ότι ο έχων την άδεια λειτουργίας του καταστήματος θα συμμετέχει με ποσοστό τουλάχιστον 50% στο εταιρικό κεφάλαιο**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 38, 15 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά. ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Άδεια Ίδρυσης και Λειτουργίας Καταστήματος Οπτικών Ειδών**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο Πτυχίου ή τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού	☐	☐	
2. Αντίγραφο άδειας άσκησης επαγγέλματος οπτικού		☐	☐
3. Σχεδιάγραμμα του οπτικού καταστήματος από μηχανικό ή υπομηχανικό	☐	☐	
5. Κατάλογο των μηχανημάτων, εργαλείων και οργάνων	☐	☐	
6. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 38. 15 € (Διατίθεται από την υπηρεσία)		☐	
7. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο).*	☐	☐	
8. Δύο φωτογραφίες	☐	☐	
9. Σε περίπτωση που για την εκμετάλλευση του καταστήματος έχει συσταθεί εταιρεία (άρθρο 27 του Ν. 2646/1998) ζητείται αντίγραφο του καταστατικού		☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: 38, 15 €
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΆΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ».

ΠΡΟΣ:	*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια ίδρυσης.	☐	☐	
2. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης. Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού.	☐	☐	
3. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή διαρκούς κατοχής του εξοπλισμού.	☐	☐	
4. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό.	☐	☐	
5. Προσκόμιση ειδικής άδειας λειτουργίας των μηχανημάτων ιοντίζουσας ακτινοβολίας (για τα ανάλογα εργαστήρια).	☐	☐	
6. Άδεια σκοπιμότητας	☐	☐	
7. Ονομαστική κατάσταση προσωπικού	☐	☐	
8. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) * .			
9. Ονομαστική κατάσταση των μετόχων που κατέχουν το 100% του μετοχικού κεφαλαίου και ξεχωριστή κατάσταση των ειδικευμένων ιατρών που η συμμετοχή τους υπολογίζεται στο 51% του μετοχικού κεφαλαίου (Σε περίπτωση Α.Ε).	☐	☐	
10. Παράβολο 146.74 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).	☐	☐	
11. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 δηλώνεται ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός 15 ημερών**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: 146.74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**ΆΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ίδρυσης.	☐	☐	
2. Συμβόλαιο αγοράς ή μίσθωσης ή παραχώρησης. Σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία απαιτείται η προσκόμιση του κανονισμού.	☐	☐	
3. Επίδειξη πρωτοτύπων και υποβολή αντιγράφων των παραστατικών κτήσης της κυριότητας ή διαρκούς κατοχής του εξοπλισμού.	☐	☐	
4. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο εξοπλισμό.	☐	☐	
5. Προσκόμιση ειδικής άδειας λειτουργίας των μηχανημάτων ιοντίζουσας ακτινοβολίας (για τα ανάλογα εργαστήρια).	☐	☐	
6. Άδεια σκοπιμότητας	☐	☐	
7. Ονομαστική κατάσταση προσωπικού	☐	☐	
8. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) * .			
9. Ονομαστική κατάσταση των μετόχων που κατέχουν το 100% του μετοχικού κεφαλαίου και ξεχωριστή κατάσταση των ειδικευμένων ιατρών που η συμμετοχή τους υπολογίζεται στο 51% του μετοχικού κεφαλαίου (Σε περίπτωση Α.Ε).	☐	☐	
10. Παράβολο 146.74 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται και από την υπηρεσία).	☐	☐	
11. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146.74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ».

ΠΡΟΣ:	*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος των ιατρών (οδοντιάτρων).	□	□	
2. Τίτλος ειδικότητας των εταίρων ιατρών και επιστημονικά υπευθύνων.			
3. Βεβαίωση Συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης αντίστοιχης ειδικότητας.	□	□	
4. Καταστατικό της εταιρείας			
5. Βεβαίωση του οικείου ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου περί έγκρισης και εγγραφής της εταιρείας στα μητρώα του. *	□	□	
6. θεωρημένο συμφωνητικό λειτουργίας μαζί με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ.			
7. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου κλίμακας 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό, ο οποίος πιστοποιεί ότι τηρούνται οι προδιαγραφές όπως ορίζονται στα παραρτήματα Α,Β.	□	□	
8. Κατάλογος όλων των μηχανημάτων που απαρτίζουν τον επιστημονικό εξοπλισμό της Μονάδας.			
9. Μελέτη από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο μηχανικό από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για την χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.	□	□	
10. Προσκόμιση της άδειας σκοπιμότητας εφόσον χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας.			
11. Παράβολο 146.74 € (διατίθεται και από την υπηρεσία).			
12. Απόσπασμα ποινικού μητρώου.			׀
13. Υπεύθυνη δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)**.	□	□	
14. Ανάκληση πιθανής παλαιότερης άδειας.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Εάν ο ιατρικός ή οδοντιατρικός Σύλλογος δεν απαντήσει μέσα σε 60 ημέρες από την υποβολή της αίτησης, αρκεί η προσκόμιση κυρωμένου αντιγράφου της αίτησης, μαζί με την απόδειξη ημερομηνίας κατάθεσης.**
*** Το περιεχόμενο της Υπεύθυνης δήλωσης είναι το εξής « δεν είμαι δικαιούχος άλλης άδειας λειτουργίας φορέα Π.Φ.Υ. σε οποιοδήποτε άλλο νομό της χώρας, δεν κατέχω οργανική θέση στο ΕΣΥ ή σε ασφαλιστικούς οργανισμούς και δεν είμαι Πανεπιστημιακός».**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: . 146, 74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΥΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος των ιατρών (οδοντιάτρων).			
2. Τίτλος ειδικότητας των εταίρων ιατρών και επιστημονικά υπευθύνων.			
3. Βεβαίωση Συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης αντίστοιχης ειδικότητας.			
4. Καταστατικά της εταιρείας			
5. Βεβαίωση του οικείου ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου περί έγκρισης και εγγραφής της εταιρείας στα μητρώα του. *			
6. θεωρημένο συμφωνητικό λειτουργίας μαζί με τη σχετική απόφαση του Δ.Σ.			
7. Διάγραμμα κάτοψης του χώρου κλίμακας 1/50 σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους θεωρημένο από διπλωματούχο μηχανικό, ο οποίος πιστοποιεί ότι τηρούνται οι προδιαγραφές όπως ορίζονται στα παραρτήματα Α,Β.			
8. Κατάλογος όλων των μηχανημάτων που απαρτίζουν τον επιστημονικό εξοπλισμό της Μονάδας.			
9. Μελέτη από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο μηχανικό από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για την χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.			
10. Προσκόμιση της άδειας σκοπιμότητας εφόσον χρησιμοποιούνται τεχνικές ή μηχανήματα ιοντίζουσας ακτινοβολίας.			
11. Παράβολο 146.74 € (διατίθεται και από την υπηρεσία).			
12. Απόσπασμα ποινικού μητρώου.			
13. Υπεύθυνη δήλωση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)**.			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

14. Ανάκληση πιθανής παλαιότερης άδειας.		|	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: . 146, 74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση άδειας λειτουργίας τμημάτων Φακών Επαφής».

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(2):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της άδειας διαθέσεως και εφαρμογής φακών επαφής	−	−	
2. Επίσημο σχεδιάγραμμα του χώρου που θα λειτουργήσει το τμήμα φακών επαφής (το λιγότερο 10μ2)		−	
3. Κατάλογο μηχανημάτων και οργάνων*			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

*** α) Οφθαλμόμετρο**
β) Λάμπα φλουροσεΐνης
γ) Συλλογή δοκιμαστικών φακών επαφής
δ) Όργανα μετρήσεως της αποστάσεως του φακού επαφής από τον κερατοειδή (VENTEX)

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

− 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
− 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
− 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
− 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση άδειας λειτουργίας τμημάτων Φακών Επαφής**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο της άδειας διαθέσεως και εφαρμογής φακών επαφής	□	□	
2. Επίσημο σχεδιάγραμμα του χώρου που θα λειτουργήσει το τμήμα φακών επαφής (το λιγότερο 10μ2)			
3. Κατάλογο μηχανημάτων και οργάνων*			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ».

ΠΡΟΣ:	*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη.	□	□	
2. Παράβολο 38,15 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται από την υπηρεσία).	□	□	
3. Κατάσταση εις διπλούν του Μηχανολογικού και λοιπού εξοπλισμού όπως αναφέρονται στην Α4β/1016/24-3-88 απόφαση (ΦΕΚ τ. Β 21/4/88).	□	□	
4. Σχεδιάγραμμα (κάτοψη) εις διπλούν από πολιτικό μηχανικό ή υπομηχανικό ή ελλείψει αυτών από έμπειρο τεχνίτη. επικυρωμένο από τη Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών του Νόμου για το χώρο εγκατάστασης του Εργαστηρίου. Επίσης να υπάρχει τουαλέτα με προθάλαμο.	□	□	
5. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου τρίμηνης ισχύος.	□	□	□
6. Δύο πρόσφατες φωτογραφίες.	□	□	
7. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 από αδειούχο ηλεκτρολόγο ο οποίος έχει ανάλογη προς την εγκατεστημένη ισχύ άδεια, για τους όρους εγκατάστασης και λειτουργίας των μηχανημάτων ώστε να διασφαλίζεται η υγεία και η ακεραιότητα των εργαζομένων.	□	□	
8. Προσκομίζεται εταιρικό το οποίο θα αφορά ή μόνο οδοντοτεχνίτες ή οδοντοτεχνίτες και συγγενείς αυτών Α΄ βαθμού (Σε περίπτωση εταιρικού σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 4 του Ν. 1666/86). Το εταιρικό μπορεί να αφορά οποιαδήποτε νόμιμη μορφή εταιρείας.	□	□	
9. Πρακτικό της Επιτροπής που αναφέρεται στο αριθ. Α4β/οικ. 2105/4-5-88 έγγραφό μας εφ΄ όσον έχει συσταθεί ή της υπηρεσίας από το οποίο να αποδεικνύεται ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στην αριθ. Α4β/1016/24-3-88 Απόφαση ΦΕΚ 214 τΒ 21-4-88	□	□	
10. Υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με τις διατάξεις ότι ο ενδιαφερόμενος δεν έχει συνταξιοδοτηθεί και ότι ασκεί το επάγγελμα του οδοντοτεχνίτη (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 38,15 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά. ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη.	☐	☐	
2. Παράβολο 38,15 € από Δημόσιο Ταμείο (διατίθεται από την υπηρεσία).	☐	☐	
3. Κατάσταση εις διπλούν του Μηχανολογικού και λοιπού εξοπλισμού όπως αναφέρονται στην Α4β/1016/24-3-88 απόφαση (ΦΕΚ τ. Β 21/4/88).	☐	☐	
4. Σχεδιάγραμμα (κάτοψη) εις διπλούν από πολιτικό μηχανικό ή υπομηχανικό ή ελλείψει αυτών από έμπειρο τεχνίτη, επικυρωμένο από τη Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών του Νόμου για το χώρο εγκατάστασης του Εργαστηρίου. Επίσης να υπάρχει τουαλέτα με προθάλαμο.	☐	☐	
5. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου τρίμηνης ισχύος.	☐	☐	☐
6. Δύο πρόσφατες φωτογραφίες.	☐	☐	
7. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 από αδειούχο ηλεκτρολόγο ο οποίος έχει ανάλογη προς την εγκατεστημένη ισχύ άδεια, για τους όρους εγκατάστασης και λειτουργίας των μηχανημάτων ώστε να διασφαλίζεται η υγεία και η ακεραιότητα των εργαζομένων.	☐	☐	
8. Προσκομίζεται εταιρικό το οποίο θα αφορά ή μόνο οδοντοτεχνίτες ή οδοντοτεχνίτες και συγγενείς αυτών Α΄ βαθμού (Σε περίπτωση εταιρικού σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 4 του Ν. 1666/86). Το εταιρικό μπορεί να αφορά οποιαδήποτε νόμιμη μορφή εταιρείας.	☐	☐	
9. Πρακτικά της Επιτροπής που αναφέρεται στο αριθ. Α4β/οικ. 2105/4-5-88 έγγραφό μας εφ΄ όσον έχει συσταθεί ή της υπηρεσίας από το οποίο να αποδεικνύεται ότι συντρέχουν οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στην αριθ. Α4β/1016/24-3-88 Απόφαση ΦΕΚ 214 τΒ 21-4-88	☐	☐	
10. Υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με τις διατάξεις ότι ο ενδιαφερόμενος δεν έχει συνταξιοδοτηθεί και ότι ασκεί το επάγγελμα του οδοντοτεχνίτη (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 38,15 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ».

ΠΡΟΣ:	* Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου.	□	□	□
2. Φωτοτυπία ταυτότητας επικυρωμένη (και οι δύο όψεις) (η επικύρωση γίνεται από την υπηρεσία) .	□	□	
3. Απόσπασμα ποινικού μητρώου από Εισαγγελία.	□	□	□
4. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος αισθητικού ή φωτοτυπία νομίμως επικυρωμένη.	□	□	
5. Αντίγραφο άδειας ριζικής αποτρίχωσης (εφ΄ όσον υπάρχει συσκευή ριζικής αποτρίχωσης).	□	□	□
6. Βιβλιάριο υγείας.	□	□	□
7. Παράβολο δημοσίου ταμείου 38.15 € (διατίθεται από την υπηρεσία)	□	□	
8. Σχεδιάγραμμα εις διπλούν του Εργαστηρίου θεωρημένο από Πολιτικό Μηχανικό ή Αρχιτέκτονα, μέλος του ΤΕΕ. .	□	□	
7. Βεβαίωση της πολεοδομίας για την καταλληλότητα του χώρου (όχι αλλαγής χρήσεως).	□	□	□
8. Λεπτομερή κατάσταση των μηχανημάτων. εις διπλούν με τα διακριτικά τους.	□	□	
9. Βεβαίωση του προμηθευτή ότι τα μηχανήματα είναι εγκεκριμένα από το Υπουργείο Βιομηχανίας και δεν υπερβαίνουν την υπό του Νόμου καθορισθείσα τάση.	□	□	
10. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 από αδειούχο Ηλεκτρολόγο.* (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) .** (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	
12. Εγγραφή στον οικείο σύλλογο Αισθητικών.	□	□	
13. Δύο φωτογραφίες.	□	□	
14. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής.	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986. ο Ηλεκτρολόγος, ο οποίος έχει ανάλογο προς την εγκατεστημένη ισχύ άδεια, βεβαιώνει για τους όρους εγκατάστασης και λειτουργίας των μηχανημάτων (γείωση – συσκευή προστασία έναντι ηλεκτροπληξίας κ.λπ.), ώστε να διασφαλίζεται η υγεία και η ακεραιότητα των πελατών.**
**** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 ο αιτών δηλώνει ότι δεν έχει εκδοθεί στο όνομά του άλλη άδεια λειτουργίας εργαστηρίου Αισθητικής και δεν εργάζεται σε άλλο εργαστήριο ή εταιρεία.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: 38.15 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΤΟ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΩ Ο ΙΔΙΟΣ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου.	☐	☐	☐
2. Φωτοτυπία ταυτότητας επικυρωμένη (και οι δύο όψεις) (η επικύρωση γίνεται από την υπηρεσία) .	☐	☐	
3. Απόσπασμα ποινικού μητρώου από Εισαγγελία.	☐	☐	☐
4. Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος αισθητικού ή φωτοτυπία νομίμως επικυρωμένη.	☐	☐	
5. Αντίγραφο άδειας ριζικής αποτρίχωσης (εφ' όσον υπάρχει συσκευή ριζικής αποτρίχωσης).	☐	☐	☐
6. Βιβλιάριο υγείας.	☐	☐	☐
7. Παράβολο δημοσίου ταμείου 38.15 € (διατίθεται από την υπηρεσία)	☐	☐	
8. Σχεδιάγραμμα εις διπλούν του Εργαστηρίου θεωρημένο από Πολιτικό Μηχανικό ή Αρχιτέκτονα, μέλος του ΤΕΕ. .	☐	☐	
7. Βεβαίωση της πολεοδομίας για την καταλληλότητα του χώρου (όχι αλλαγής χρήσεως).	☐	☐	☐
8. Λεπτομερή κατάσταση των μηχανημάτων, εις διπλούν με τα διακριτικά τους.	☐	☐	
9. Βεβαίωση του προμηθευτή ότι τα μηχανήματα είναι εγκεκριμένα από το Υπουργείο Βιομηχανίας και δεν υπερβαίνουν την υπό του Νόμου καθορισθείσα τάση.	☐	☐	
10. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 από αδειούχο Ηλεκτρολόγο.* (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) .** (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
12. Εγγραφή στον οικείο σύλλογο Αισθητικών.	☐	☐	
13. Δύο φωτογραφίες.	☐	☐	
14. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής.	☐	☐	☐

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 38.15 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαιώσεις καλής λειτουργίας αποχετευτικού συστήματος ξενοδοχείων και ενοικιαζόμενων διαμερισμάτων για τον ΕΟΤ».

ΠΡΟΣ:	*** Νομ. Αυτοδιοίκηση** **Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

*** Νομ. Αυτοδιοίκηση**

Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια διάθεσης λυμάτων	Ξ	Ξ	
2. Βεβαίωση των κατά τόπους ΟΤΑ ότι υδρεύονται από το δίκτυο ύδρευσης τους ή από άλλη υγειονομικά ελεγχόμενη πηγή			
3. Υπεύθυνη δήλωση Μηχανικού ότι δεν έχει επέλθει αλλαγή στο σύστημα αποχέτευσης			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
Ξ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………
Ξ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
Ξ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Βεβαιώσεις καλής λειτουργίας αποχετευτικού συστήματος ξενοδοχείων και ενοικιαζόμενων διαμερισμάτων για τον ΕΟΤ**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια διάθεσης λυμάτων	–	–	
2. Βεβαίωση των κατά τόπους ΟΤΑ ότι υδρεύονται από το δίκτυο ύδρευσης τους ή από άλλη υγειονομικά ελεγχόμενη πηγή	–	–	
3. Υπεύθυνη δήλωση Μηχανικού ότι δεν έχει επέλθει αλλαγή στο σύστημα αποχέτευσης			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έγκριση μελέτης επεξεργασίας και διάθεσης υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη».

ΠΡΟΣ:	*** Νομ. Αυτοδιοίκηση** **Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Νομ. Αυτοδιοίκηση**

Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Μελέτη επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων – αποβλήτων. Σχεδιαγράμματα (κάτοψη κλπ) εις τριπλούν υπογεγραμμένα από διπλωματούχο μηχανικό, με σαφή καθορισμό του τρόπου τελικής διάθεσης (υπεδάφια, επιφανειακός ή υδάτινος αποδέκτης)	□	□	
2. Τοπογραφικό διάγραμμα κάλυψης με τη θέση της εγκατάστασης	□	□	
3. Σε περίπτωση χρησιμοποίησης άλλης μεθόδου απολύμανσης εκτός της χλωρίωσης υποβάλλονται όλα τα αναγκαία στοιχεία, από τα οποία θα αποδεικνύεται με επιστημονικά δεδομένα η αποτελεσματικότητα της μεθόδου απολύμανσης, μέσω της οικείας Υγειονομικής Υπηρεσίας στην Δ/νση Υγιεινής Περ/ντος του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας για τυχόν έγκριση Υπουργού		□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………
□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έγκριση μελέτης επεξεργασίας και διάθεσης υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Μελέτη επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων – αποβλήτων. Σχεδιαγράμματα (κάτοψη κλπ) εις τριπλούν υπογεγραμμένα από διπλωματούχο μηχανικό, με σαφή καθορισμό του τρόπου τελικής διάθεσης (υπεδάφια, επιφανειακός ή υδάτινος αποδέκτης)	I	I I	
2. Τοπογραφικό διάγραμμα κάλυψης με τη θέση της εγκατάστασης	I	I I	
3. Σε περίπτωση χρησιμοποίησης άλλης μεθόδου απολύμανσης εκτός της χλωρίωσης υποβάλλονται όλα τα αναγκαία στοιχεία, από τα οποία θα αποδεικνύεται με επιστημονικά δεδομένα η αποτελεσματικότητα της μεθόδου απολύμανσης, μέσω της οικείας Υγειονομικής Υπηρεσίας στην Δ/νση Υγιεινής Περ/ντος του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας για τυχόν έγκριση Υπουργού	I	I I	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση προσωρινής άδειας επεξεργασίας και διάθεσης υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη».

ΠΡΟΣ:	* Νομ. Αυτοδιοίκηση Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Νομ. Αυτοδιοίκηση**

Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		Ε – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Εγκεκριμένη Μελέτη επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων – αποβλήτων από τις αρμόδιες υπηρεσίες	□	□	
2. Αποτελέσματα δειγματοληψίας από το Γ.Χ.Κ.	□	□	
3. Διαπίστωση από τις αρμόδιες υπηρεσίες, της ορθής εκτέλεσης των έργων και εγκαταστάσεων και της εξασφάλισης της καλής λειτουργίας αυτών	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………
□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση προσωρινής άδειας επεξεργασίας και διάθεσης υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	**ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ**	**ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ**	**ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]**
1. Εγκεκριμένη Μελέτη επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων – αποβλήτων από τις αρμόδιες υπηρεσίες	☐	☐	
2. Αποτελέσματα δειγματοληψίας από το Γ.Χ.Κ.	☐	☐	
3. Διαπίστωση από τις αρμόδιες υπηρεσίες, της ορθής εκτέλεσης των έργων και εγκαταστάσεων και της εξασφάλισης της καλής λειτουργίας αυτών	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση οριστικής άδειας επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων – αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη».

ΠΡΟΣ:	*** Νομ. Αυτοδιοίκηση** **Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής**	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*

*** Νομ. Αυτοδιοίκηση**

Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Η προσωρινή άδεια που έχει χορηγηθεί	Π	Γ	
2. . Αποτελέσματα δειγματοληψίας από το Γ.Χ.Κ.			
3. Διαπίστωση της καλής λειτουργίας και απόδοσης των εγκαταστάσεων χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στη δημ. υγεία (εντός προθεσμίας έξι μηνών από τη χορήγηση της προσωρινής άδειας)	□	Ι	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

ΙΙ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………
ΙΙ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
Π 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………….
Ш 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
ΙΙ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση οριστικής άδειας επεξεργασίας και διάθεσης λυμάτων – αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Η προσωρινή άδεια που έχει χορηγηθεί			
2. . Αποτελέσματα δειγματοληψίας από το Γ.Χ.Κ.			
3. Διαπίστωση της καλής λειτουργίας και απόδοσης των εγκαταστάσεων χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στη δημ. υγεία (εντός προθεσμίας έξι μηνών από τη χορήγηση της προσωρινής άδειας)			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση μη παραγωγής υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη».

ΠΡΟΣ:	* Νομ. Αυτοδιοίκηση Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Νομ. Αυτοδιοίκηση**

Δ/νση Υγείας & Δημ. Υγιεινής

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τεχνική έκθεση στην οποία θα αποδεικνύεται η μη παραγωγή αποβλήτων κατά την παραγωγική διαδικασία	⊔	L	
2. Υπεύθυνη δήλωση Μηχανικού ότι δεν παράγονται υγρά απόβλητα και τρόπος διάθεσης λυμάτων προσωπικού	⊔	Γ	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

Ε 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………….
Ι 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
Ε 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………
Ι 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
Ι 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

…………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά. ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Βεβαίωση μη παραγωγής υγρών αποβλήτων σύμφωνα με την Ε1β/221/65 Υγ. Διάταξη**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Τεχνική έκθεση στην οποία θα αποδεικνύεται η μη παραγωγή αποβλήτων κατά την παραγωγική διαδικασία	ΙΙ	Ι	
2. Υπεύθυνη δήλωση Μηχανικού ότι δεν παράγονται υγρά απόβλητα και τρόπος διάθεσης λυμάτων προσωπικού	ΙΙ	Ι	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Παιδιά / Ανήλικα αγόρια ή ανύπαντρα και άνεργα κορίτσια».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	* ΥΠΑΔ	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης		☐	☐
2. Βεβαίωση διαγραφής από άλλο Ταμείο	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ότι δεν είναι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Ταμείο και δεν δικαιούται άλλη ασφάλιση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
4. Ληξιαρχική πράξη γέννησης (για τα νεογέννητα)		☐	☐
5. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 ότι είναι άγαμος/η (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)		☐	
6. Απογραφικό δελτίο συμπληρωμένο σφραγισμένο και υπογεγραμμένο από την υπηρεσία του υπαλλήλου	☐	☐	
7. Απογραφικό συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από το συνταξιούχο	☐	☐	
8. Φωτογραφία	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………….
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………….
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Παιδιά / Ανήλικα αγόρια ή ανύπαντρα και άνεργα κορίτσια**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης	□	□	□
2. Βεβαίωση διαγραφής από άλλο Ταμείο	□	□	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 ότι δεν είναι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Ταμείο και δεν δικαιούται άλλη ασφάλιση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	
4. Ληξιαρχική πράξη γέννησης (για τα νεογέννητα)	□	□	
5. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 ότι είναι άγαμος/η (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	
6. Απογραφικό δελτίο συμπληρωμένο σφραγισμένο και υπογεγραμμένο από την υπηρεσία του υπαλλήλου	□	□	
7. Απογραφικό συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από το συνταξιούχο	□	□	
8. Φωτογραφία	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΓΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Διαζευγμένη / ος εντός ενός έτους από την ημερομηνία του διαζευκτηρίου».

ΠΡΟΣ:	* ΥΠΑΔ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Έντυπη Δήλωση της υπηρεσίας του πρώην συζύγου από την οποία να προκύπτει η ιδιότητά του ως ενεργεία υπαλλήλου ή συνταξιούχου κατά το χρόνο λύσης του γάμου, θεωρημένη από τον Προϊστάμενο	☐	☐	
2. Τριπλότυπο είσπραξης Δημοσίου Ταμείου που να αναφέρει ότι καταβλήθηκε η εισφορά υγειονομικής περίθαλψης	☐	☐	
3. Επικυρωμένο αντίγραφο Τελεσίδικης απόφασης διαζευκτηρίου	☐	☐	
4. Φωτοτυπία ταυτότητας	☐	☐	
5. Βεβαίωση ανικανότητας άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή (για άρρενες συζύγους)	☐	☐	
6. Πιστοποιητικό απορίας από την Κοινωνική Πρόνοια (για άρρενες συζύγους)	☐	☐	
7. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχει δικαίωμα ασφάλισης σε άλλο ταμείο (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
8. Φωτογραφία	☐	☐	
9. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης	☐	☐	
10. Απογραφικό	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

1. Τα δικαιολογητικά 5 & 6 απαιτούνται μόνο στην περίπτωση του διαζευγμένου άνδρα

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Διαζευγμένη / ος εντός ενός έτους από την ημερομηνία του διαζευκτηρίου**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Έντυπη Δήλωση της υπηρεσίας του πρώην συζύγου από την οποία να προκύπτει η ιδιότητά του ως ενεργεία υπαλλήλου ή συνταξιούχου κατά το χρόνο λύσης του γάμου, θεωρημένη από τον Προϊστάμενο	□	□	
2. Τριπλότυπο είσπραξης Δημοσίου Ταμείου που να αναφέρει ότι καταβλήθηκε η εισφορά υγειονομικής περίθαλψης	□	□	
3. Επικυρωμένο αντίγραφο Τελεσίδικης απόφασης διαζευκτηρίου	□	□	
4. Φωτοτυπία ταυτότητας	□	□	
5. Βεβαίωση ανικανότητας άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή (για άρρενες συζύγους)	□	□	
6. Πιστοποιητικό απορίας από την Κοινωνική Πρόνοια (για άρρενες συζύγους)	□	□	
7. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχει δικαίωμα ασφάλισης σε άλλο ταμείο (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	
8. Φωτογραφία	□	□	
9. Αντίγραφα φορολογικής δήλωσης	□	□	
10. Απογραφικό	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/ Εν ενεργεία υπαλλήλου».

ΠΡΟΣ:	*** ΥΠΑΔ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** *ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Πρωτόκολλο Ορκωμοσίας	□	–	
2. Βεβαίωση διαγραφής από προηγούμενο Ταμείο	□		
3. Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 ότι δεν είναι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Ταμείο και δεν δικαιούται άλλη ασφάλιση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□		
4. Μία φωτογραφία	□	–	
5. Φωτοτυπία ταυτότητας	□		
6. Έντυπη δήλωση της υπηρεσίας θεωρημένη από τον Προϊστάμενο	□		
7. Απογραφικό δελτίο σφραγισμένο από τον Προϊστάμενο της υπηρεσίας	□		
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: * Ανάλογα με την περίπτωση ισχύει το 2 ή το 3			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………….
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Έκδοση βιβλιαρίων νοσηλείας ασφ. Δημοσίου/ Εν ενεργεία υπαλλήλου			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πρωτόκολλο Ορκωμοσίας			
2. Βεβαίωση διαγραφής από προηγούμενο Ταμείο			
3. Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 ότι δεν είναι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Ταμείο και δεν δικαιούται άλλη ασφάλιση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
4. Μία φωτογραφία			
5. Φωτοτυπία ταυτότητας			
6. Έντυπη δήλωση της υπηρεσίας θεωρημένη από τον Προϊστάμενο			
7. Απογραφικό δελτίο σφραγισμένο από τον Προϊστάμενο της υπηρεσίας			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Σύζυγος».

ΠΡΟΣ:	*** ΥΠΑΔ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** *ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βεβαίωση διαγραφής από προηγούμενο Ταμείο ή Βεβαίωση από την Υπηρεσία που εργαζόταν ότι δεν έχει τις προϋποθέσεις να συνεχίσει την ασφάλισή τους/της		ǀ	
2. Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 ότι δεν είναι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Ταμείο και δεν δικαιούται άλλη ασφάλιση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	=	ǀ	
3. Αντίγραφο τελευταίας φορολογικής δήλωσης επικυρωμένο από την Εφορία		ǀ	
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης ή ληξιαρχική πράξη γάμου		ǀ	ǀǀ
5. Βεβαίωση ανικανότητας άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή		ǀ	
6. Πιστοποιητικό Απορίας από την Κοινωνική Πρόνοια	=	[	
7. Φωτογραφία		ǀ	
8. Απογραφικό		ǀ	
9. Βεβαίωση παράδοσης βιβλιαρίου πρόνοιας αν υπάρχει	=	[	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
1. Τα Πιστοποιητικά 5 & 6 απαιτούνται μόνο για την περίπτωση του άνδρα συζύγου

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

❑ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………
❑ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
❑ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………………..
❑ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
❑ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

………………………..20……………

(Υπογραφή)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Σύζυγος**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Πμ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βεβαίωση διαγραφής από προηγούμενο Ταμείο ή Βεβαίωση από την Υπηρεσία που εργαζόταν ότι δεν έχει τις προϋποθέσεις να συνεχίσει την ασφάλισή τους/της		ı	
2. Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 ότι δεν είναι εγγεγραμμένος/η σε άλλο Ταμείο και δεν δικαιούται άλλη ασφάλιση (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)		ı	
3. Αντίγραφο τελευταίας φορολογικής δήλωσης επικυρωμένο από την Εφορία		ı	
4. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης ή ληξιαρχική πράξη γάμου	_	L	⊔
5. Βεβαίωση ανικανότητας άσκησης επαγγέλματος από την οικεία Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή	=	⊏	
6. Πιστοποιητικό Απορίας από την Κοινωνική Πρόνοια		ı	
7. Φωτογραφία		ı	
8. Απογραφικό	=	⊏	
9. Βεβαίωση παράδοσης βιβλιαρίου πρόνοιας αν υπάρχει		ı	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ. τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Συνταξιούχος με αναστολή».

ΠΡΟΣ:	* ΥΠΑΔ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βεβαίωση του δικαιώματος συνταξιοδότησης με αναστολή από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους (συνταξιοδοτική πράξη)	☐	☐	☐
2. Τριπλότυπο είσπραξης δημοσίου Ταμείου που να αναφέρει ότι καταβλήθηκε η εισφορά υγειονομικής περίθαλψης		☐	
3. Παράδοση του βιβλιαρίου εν ενεργεία		☐	
4. Φωτογραφία	☐	☐	
5. Ταυτότητα		☐	
6. Βεβαίωση υπηρεσίας για τις αποδοχές του μετά τη λήξη των τριμήνων, που οφείλει να προσκομίζει και στην αρχή κάθε έτους αναπροσαρμοσμένη, για τη θεώρηση του έτους μέχρι την ημερομηνία συνταξιοδότησής του	☐	☐	
7. Απογραφικό		☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Συνταξιούχος με αναστολή**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βεβαίωση του δικαιώματος συνταξιοδότησης με αναστολή από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους (συνταξιοδοτική πράξη)	□	□	□
2. Τριπλότυπο είσπραξης δημοσίου Ταμείου που να αναφέρει ότι καταβλήθηκε η εισφορά υγειονομικής περίθαλψης	□	□	
3. Παράδοση του βιβλιαρίου εν ενεργεία	□	□	
4. Φωτογραφία	□	□	
5. Ταυτότητα	□	□	
6. Βεβαίωση υπηρεσίας για τις αποδοχές του μετά τη λήξη των τριμήνων, που οφείλει να προσκομίζει και στην αρχή κάθε έτους αναπροσαρμοσμένη, για τη θεώρηση του έτους μέχρι την ημερομηνία συνταξιοδότησής του	□	□	
7. Απογραφικό	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Χήρα / ος».

ΠΡΟΣ:	***ΥΠΑΔ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(*):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πράξη μεταβίβασης σύνταξης		I	I I
2. Απογραφικό		I	
3. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούται από άλλο ταμείο Περίθαλψη (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	=	C	
4. Φωτοτυπία φορολογικής δήλωσης		I	
5. Φωτογραφία		I	
6. Παλαιό βιβλιάριο νοσηλείας	=	C	
7. Βεβαίωση ότι γίνεται κράτηση για Υγειονομική Περίθαλψη	=	C	
8. Αν υπάρχει προηγούμενο ταμείο βεβαίωση ότι δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις ασφάλισης		I	
9. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας		I	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

I 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………
] 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
I 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
] 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
I 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Χήρα / ος**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πράξη μεταβίβασης σύνταξης	☐	☐	☐
2. Απογραφικό	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν δικαιούται από άλλο ταμείο Περίθαλψη (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
4. Φωτοτυπία φορολογικής δήλωσης	☐	☐	
5. Φωτογραφία	☐	☐	
6. Παλαιό βιβλιάριο νοσηλείας	☐	☐	
7. Βεβαίωση ότι γίνεται κράτηση για Υγειονομική Περίθαλψη	☐	☐	
8. Αν υπάρχει προηγούμενο ταμείο βεβαίωση ότι δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις ασφάλισης	☐	☐	
9. Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Ανύπαντρα ενήλικα παιδιά που σπουδάζουν».

ΠΡΟΣ:	***ΥΠΑΔ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης			
2. Βεβαίωση διαγραφής από άλλο Ταμείο			
3. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν είναι εγγεγραμμένος / η σε άλλο Ταμείο και ότι είναι άγαμος-η (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
4. Βεβαίωση Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής με ημερομηνία πρώτης εγγραφής και διάρκεια φοίτησης και εγγραφής στο ακαδημαϊκό έτος. Ανανέωση εγγραφής για τρέχον έτος			
5. Βεβαίωση Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής ότι δεν παρέχει υγειονομική περίθαλψη ή ότι ο φοιτητής έχει παραιτηθεί της περίθαλψης αυτής			
6. Απογραφικό			
7. Φωτογραφία			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

………………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίων Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Ανύπαντρα ενήλικα παιδιά που σπουδάζουν**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης	☐	☐	☐
2. Βεβαίωση διαγραφής από άλλο Ταμείο	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση ότι δεν είναι εγγεγραμμένος / η σε άλλο Ταμείο και ότι είναι άγαμος-η (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)		☐	
4. Βεβαίωση Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής με ημερομηνία πρώτης εγγραφής και διάρκεια φοίτησης και εγγραφής στο ακαδημαϊκό έτος. Ανανέωση εγγραφής για τρέχον έτος		☐	
5. Βεβαίωση Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής ότι δεν παρέχει υγειονομική περίθαλψη ή ότι ο φοιτητής έχει παραιτηθεί της περίθαλψης αυτής		☐	
6. Απογραφικό		☐	
7. Φωτογραφία	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίου Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Συνταξιούχος».

ΠΡΟΣ:	*** ΥΠΑΔ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** ΥΠΑΔ αντίστοιχου Νομού ή Νομαρχίας**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Α.Μ:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συνταξιοδοτική πράξη από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους	□	□	□
2. Απόκομμα Πληρωμής Σύνταξης ή βεβαίωση ότι γίνονται κρατήσεις για περίθαλψη στη σύνταξή του	□	□	
3. Βεβαίωση παράδοσης βιβλιαρίου στον Στρατό (ισχύει για συνταξιούχους στρατιωτικούς)	□	□	
4. Μία φωτογραφία	□	□	
5. Φωτοτυπία ταυτότητας	□	□	
6. Παράδοση του βιβλιαρίου ως εν ενεργεία (ισχύει για πολιτικούς υπαλλήλους)	□	□	
7. Φωτοτυπία ταυτότητας	□	□	
8. Απογραφικό δελτίο συμπληρωμένο από τον ίδιο	□	□	
9. Βεβαίωση από προηγούμενο ταμείο, αν υπάρχει, ότι δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις ασφάλισης	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά. ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση βιβλιαρίου Νοσηλείας ασφ. Δημοσίου / Συνταξιούχος**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συνταξιοδοτική πράξη από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους	☐	☐	☐
2. Απόκομμα Πληρωμής Σύνταξης ή βεβαίωση ότι γίνονται κρατήσεις για περίθαλψη στη σύνταξή του	☐	☐	
3. Βεβαίωση παράδοσης βιβλιαρίου στον Στρατό (ισχύει για συνταξιούχους στρατιωτικούς)	☐	☐	
4. Μία φωτογραφία	☐	☐	
5. Φωτοτυπία ταυτότητας	☐	☐	
6. Παράδοση του βιβλιαρίου ως εν ενεργεία (ισχύει για πολιτικούς υπαλλήλους)	☐	☐	
7. Φωτοτυπία ταυτότητας	☐	☐	
8. Απογραφικό δελτίο συμπληρωμένο από τον ίδιο	☐	☐	
9. Βεβαίωση από προηγούμενο ταμείο. αν υπάρχει, ότι δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις ασφάλισης	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού».

ΠΡΟΣ:	*Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*Δ/νση Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	I	I I	I
2. Πιστοποιητικό εισαγγελίας πρωτοδικών	I	I I	I
3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας.	L	U	
4. Επικυρωμένο αντίγραφο ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ή βεβαίωση της Σχολής από την οποία να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει καταστεί πτυχιούχος.	I	I I	I
5. Πιστοποιητικό στρατολογίας τύπου Α΄ (για τους άνδρες)	L	U	┘
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

I 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………
Ε 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
I 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………
Ε 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
I 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης	□	□	□
2. Πιστοποιητικό εισαγγελίας πρωτοδικών	□	□	□
3. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο ταυτότητας.	□	□	
4. Επικυρωμένο αντίγραφο ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Σχολής Κοινωνικής Εργασίας ή βεβαίωση της Σχολής από την οποία να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει καταστεί πτυχιούχος.	□	□	□
5. Πιστοποιητικό στρατολογίας τύπου Α΄ (για τους άνδρες)	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επίδομα Τετραπληγίας – Παραπληγίας σε ασφαλισμένους του Δημοσίου και ανασφαλίστους».

ΠΡΟΣ:	**Δ/νση Προστασίας ΑΜΕΑ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Δ/νση Προστασίας ΑΜΕΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Σε περίπτωση που αντί του άμεσα ενδιαφερομένου ενεργεί νόμιμος αντιπρόσωπος (για κατάθεση δικαιολογητικών, για είσπραξη επιδόματος, κ.ά.) θα κατατίθεται πληρεξούσιο θεωρημένο από την οικεία Αστυνομική Αρχή ή με συμβολαιογραφική ή – δικηγορική πράξη Σε περίπτωση που έχει ανατεθεί η επιμέλεια του ενδιαφερομένου σε άλλο πρόσωπο να κατατίθεται αντίστοιχα η σχετική πράξη που εκδίδεται από την αρμόδια Αρχή			
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου του προς ενίσχυση ατόμου ή του νόμιμου αντιπροσώπου του. Σε περίπτωση ελλείψεως των ανωτέρω θα προσκομίζεται οποιοδήποτε πιστοποιητικό – έγγραφο που δηλώνει την ταυτότητα του προς ενίσχυση ατόμου (Κατατίθεται κάθε ένα έτος, ανεξαρτήτως της διαδικασίας αναθεώρησης)			
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής καταστάσεως (προκειμένου να πιστοποιείται η σύνθεση της οικογένειας και η συγγενική σχέση των μελών. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας του προς ενίσχυση ατόμου δηλώνεται από τα στοιχεία της Υπεύθυνης Δήλωσης που κατατίθεται σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 3 του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45, τ. Α΄ 1999). (Κατατίθεται κάθε ένα έτος, ανεξαρτήτως της διαδικασίας αναθεώρησης)			
4. Γνωμάτευση – πιστοποιητικό της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής	–	–	
5. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνονται τα ακόλουθα : 1. ότι θα χρησιμοποιηθεί η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση για τις ανάγκες του δικαιούχου 2.α) ότι δεν είναι ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής (για ανασφαλίστους) β) ότι δεν λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής (για ασφαλισμένους Δημοσίου) Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος ασφαλισμένος του δημοσίου λαμβάνει οποιαδήποτε μορφή οικονομικής ενίσχυσης (όχι σύνταξη) μικρότερη του ποσού της οικονομικής ενίσχυσης και για τις ανάλογες παθήσεις, θα πρέπει να αναγράφεται ότι λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση, τον φορέα από τον οποίο προκύπτει αυτή η παροχή καθώς και το ύψος αυτής 3) ότι δεν περιθάλπεται σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα 4) ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει αμέσως την αρμόδια υπηρεσία για την κατάσταση υγείας του δικαιούχου (επιδείνωση – βελτίωση), την οικογενειακή κατάσταση, την ασφαλιστική κατάσταση (ασφαλιστικό καθεστώς και μορφολογία αποδοχών όταν συνδέονται με την αναπηρία του κ.ά.), την μεταβολή του τόπου κατοικίας, του πληρεξούσιου ατόμου (εάν υπάρχει), την εισαγωγή σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα κ.λπ. Σε περίπτωση που έχει ορισθεί νόμιμος αντιπρόσωπος του δικαιούχου, υποχρεούται να ενημερώνει για τα ανωτέρω καθώς και για την περίπτωση θανάτου του		–	
6. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος λαμβάνει οποιασδήποτε μορφής οικονομική ενίσχυση για την ίδια αιτία τότε προσκομίζει απόκομμα απόδειξης πληρωμής ή βεβαίωση από τον ασφαλιστικό του φορέα	–	–	
7. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος περιθάλπεται σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα τότε προσκομίζει σχετική βεβαίωση			

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Δικαιούχοι οικονομικής ενίσχυσης είναι :
1. α) Τετραπληγικοί – Παραπληγικοί εφόσον έχουν ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω
β) άτομα που πάσχουν από ασθένειες που έχουν επιφέρει αναπηρία του ίδιου βαθμού 67% και άνω και της ίδιας μορφής τετραπληγία – παραπληγία λόγω μη αναστρέψιμης βλάβης του νωτιαίου μυελού ή των ριζών ή των νεύρων ή των μυών (Ν 2646/98 άρ. 22,παρ 5)
2. α) Ανασφάλιστοι τετραπληγικοί – παραπληγικοί (ανεξαρτήτως ανικανότητας εργασίας) και ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ
β) Δημόσιοι υπάλληλοι, δικαστικοί λειτουργοί, στρατιωτικοί, όργανα σωμάτων ασφαλείας, υπάλληλοι Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), υπάλληλοι των ΝΠΔΔ (εφόσον είναι ασφαλισμένοι Δημοσίου), εν ενεργεία και συνταξιούχοι καθώς και τα μέλη των οικογενειών των ανωτέρω κατηγοριών. Ως μέλη της οικογένειας των υπαλλήλων και συνταξιούχων θεωρούνται η σύζυγος ή ο σύζυγος και τα τέκνα αυτών (οικογένεια σε στενή έννοια), όπως ορίζεται από την παρ. 7 της 59015/1578/1984 ΦΕΚ 460 τ. Β΄
γ) Ασφαλισμένοι του Τ.Α.Κ.Ε. σύμφωνα με την παρ. 4 του άρ. 21 του Ν. 2084/1992 ΦΕΚ 165 τ. Α΄
δ) Δικαιούχοι συντάξεως αναπήρων και θυμάτων πολέμου και τα μέλη των οικογενειών τους
ε) Οι δικαιούχοι που κρίθηκαν από τους οικείους ασφαλιστικούς φορείς μη δικαιούχοι της εξωϊδρυματικής οικονομικής ενίσχυσης γιατί δεν είχαν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις που προβλέπουν οι οικείες διατάξεις του ασφαλιστικού τους οργανισμού
στ) Δικαιούχοι συντάξεως του Δημοσίου από μεταβίβαση 59015/1578/1984 ΦΕΚ 460 τ. Β΄
ζ) Κύπριοι υπήκοοι Ελληνικής καταγωγής εφόσον κατοικούν μόνιμα στην Ελλάδα
η)Οι παλλινοστούντες ομογενείς ανεξάρτητα εάν έχουν στερηθεί ή όχι την Ελληνική ιθαγένεια
θ) Οι υπήκοοι των κρατών – μελών της ΕΕ, του Ενιαίου Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου και των κρατών που περιλαμβάνονται στην κυρωμένη με το Ν.Δ 4017/59 ΦΕΚ 246 τ. Α΄1959 Ευρωπαϊκή Σύμβαση, εφόσον κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα
ι)ΟΙ κρινόμενοι ως ανίκανοι για επιδότηση των τέκνων τους κατά τις διατάξεις του Ν. 4051/61 και του Β.Δ. 669/61, εφόσον συγκεντρώνουν τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται
ια)Οι αναγνωριζόμενοι ως δικαιούχοι του προβλεπόμενου επιδόματος από τις διατάξεις του Ν.Δ. 1153/1972 «Περί προστασίας πολυμελών οικογενειών δια παροχής οικογενειακών επιδομάτων» ΦΕΚ 6 τ. Α΄ 1972 εφόσον συγκεντρώνουν τους όρους και τις προϋποθέσεις

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

Ξ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
Ξ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………
Ξ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Επίδομα Τετραπληγίας – Παραπληγίας σε ασφαλισμένους του Δημοσίου και ανασφαλίστους**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Σε περίπτωση που αντί του άμεσα ενδιαφερομένου ενεργεί νόμιμος αντιπρόσωπος (για κατάθεση δικαιολογητικών, για είσπραξη επιδόματος, κ.ά.) θα κατατίθεται πληρεξούσιο θεωρημένο από την οικεία Αστυνομική Αρχή ή με συμβολαιογραφική ή – δικηγορική πράξη Σε περίπτωση που έχει ανατεθεί η επιμέλεια του ενδιαφερομένου σε άλλο πρόσωπο να κατατίθεται αντίστοιχα η σχετική πράξη που εκδίδεται από την αρμόδια Αρχή	□	□	
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου του προς ενίσχυση ατόμου ή του νόμιμου αντιπροσώπου του. Σε περίπτωση ελλείψεως των ανωτέρω θα προσκομίζεται οποιοδήποτε πιστοποιητικό – έγγραφο που δηλώνει την ταυτότητα του προς ενίσχυση ατόμου (Κατατίθεται κάθε ένα έτος, ανεξαρτήτως της διαδικασίας αναθεώρησης)	□	□	
3. Πιστοποιητικό οικογενειακής καταστάσεως (προκειμένου να πιστοποιείται η σύνθεση της οικογένειας και η συγγενική σχέση των μελών. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας του προς ενίσχυση ατόμου δηλώνεται από τα στοιχεία της Υπεύθυνης Δήλωσης που κατατίθεται σύμφωνα με την παρ. 5 του άρθρου 3 του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45, τ. Α΄ 1999). (Κατατίθεται κάθε ένα έτος, ανεξαρτήτως της διαδικασίας αναθεώρησης)	□		
4. Γνωμάτευση – πιστοποιητικό της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής	□	□	
5. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνονται τα ακόλουθα : 1. ότι θα χρησιμοποιηθεί η παρεχόμενη οικονομική ενίσχυση για τις ανάγκες του δικαιούχου 2.α) ότι δεν είναι ασφαλισμένος στο Δημόσιο ή σε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστικό φορέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής (για ανασφαλίστους) β) ότι δεν λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής (για ασφαλισμένους Δημοσίου) Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος ασφαλισμένος του δημοσίου λαμβάνει οποιαδήποτε μορφή οικονομικής ενίσχυσης (όχι σύνταξη) μικρότερη του ποσού της οικονομικής ενίσχυσης και για τις ανάλογες παθήσεις, θα πρέπει να αναγράφεται ότι λαμβάνει για την ίδια αιτία οικονομική ενίσχυση, τον φορέα από τον οποίο προκύπτει αυτή η παροχή καθώς και το ύψος αυτής 3) ότι δεν περιθάλπεται σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα 4) ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει αμέσως την αρμόδια υπηρεσία για την κατάσταση υγείας του δικαιούχου (επιδείνωση – βελτίωση), την οικογενειακή κατάσταση, την ασφαλιστική κατάσταση (ασφαλιστικό καθεστώς και μορφολογία αποδοχών όταν συνδέονται με την αναπηρία του κ.ά.), την μεταβολή του τόπου κατοικίας, του πληρεξούσιου ατόμου (εάν υπάρχει), την εισαγωγή σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα κ.λπ.	□		

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Σε περίπτωση που έχει ορισθεί νόμιμος αντιπρόσωπος του δικαιούχου, υποχρεούται να ενημερώνει για τα ανωτέρω καθώς και για την περίπτωση θανάτου του			
6. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος λαμβάνει οποιασδήποτε μορφής οικονομική ενίσχυση για την ίδια αιτία τότε προσκομίζει απόκομμα απόδειξης πληρωμής ή βεβαίωση από τον ασφαλιστικό του φορέα	□	□	
7. Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος περιθάλπεται σε κλειστό ίδρυμα Προνοιακού χαρακτήρα τότε προσκομίζει σχετική βεβαίωση	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 YPET GR * FAX 210 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http: www.et.gr – e-mail: webmaster @ et.gr

Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000-4
Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924
Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227	**(2310) 423 956**
ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Ευριπίδου 63	**(210) 413 5228**
ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327	**(2610) 638 109**
	(2610) 638 110
ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο	**(26510) 87215**
ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1	**(25310) 22 858**
ΛΑΡΙΣΑ - Διοικητήριο	**(2410) 597449**
ΚΕΡΚΥΡΑ - Σαμαρά 13	**(26610) 89 157**
	(26610) 89 105
ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πλ. Ελευθερίας 1	**(2810) 396 409**
ΛΕΣΒΟΣ - Αγ. Ειρήνης 10	**(22510) 37 181**
	(22510) 37 187

ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

Σε έντυπη μορφή:
- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 40 σελίδες 1 euro.
- Για τα ΦΕΚ από 40 σελίδες και πάνω η τιμή προσαυξάνεται κατά 0,05 euro για κάθε επιπλέον σελίδα.

Σε μορφή CD:

Τεύχος	Περίοδος	EURO
Α.Ε. & Ε.Π.Ε.	Μηνιαίο	60
Α΄ και Β΄	3μηνιαίο	75
Α΄, Β΄ και Δ΄	3μηνιαίο	90
Α΄	Ετήσιο	180
Β΄	Ετήσιο	210
Γ	Ετήσιο	60
Δ΄	Ετήσιο	150
Παράρτημα	Ετήσιο	75
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	Ετήσιο	75
Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)	Ετήσιο	75
Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	Ετήσιο	75
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου	Ετήσιο	75
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων	Ετήσιο	75

Η τιμή πώλησης του Τεύχους Α.Ε. & Ε.Π.Ε. σε μορφή CD - rom για δημοσιεύματα μετά το 1994 καθορίζεται σε 30 euro ανά τεμάχιο, ύστερα από σχετική παραγγελία.
Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 0,15 euro ανά σελίδα

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

	Σε έντυπη μορφή		Από το Internet	
Τεύχος	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512
	euro	euro	euro	euro
Α΄ (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.)	205	10,25	176	8,80
Β΄ (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.)	293	14,65	205	10,25
Γ΄ (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δ΄ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.)	293	14,65	147	7,35
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	147	7,35	88	4,40
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.)	30	1,50	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δελτίο Εμπορικής και Βιομ/κής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	59	2,95	30	1,50
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	2.054	102,70	587	29,35
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	205	10,25	88	4,40
Α΄, Β΄ και Δ΄			352	17,60

Το κόστος για την ετήσια συνδρομή σε ηλεκτρονική μορφή για τα προηγούμενα έτη προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής του έτους 2003 κατά 6 euro ανά έτος παλαιότητας και κατά τεύχος

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
* Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι την 31ην Δεκεμβρίου κάθε έτους.
* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00΄ έως 13.00΄

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ